

**Por favor diligencie este documento con tinta negra, letra clara y sin tachones o enmendaduras.
Recuerde: El consentimiento informado es un documento legal**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSULTA MÉDICA PRESENCIAL EN ÉPOCA DE PANDEMIA

Fecha: _____ Nombre: _____ Edad: _____
 Ciudad _____ Tipo de documento CC _____ CE _____ Número _____

Yo, _____ identificado con Documento de identidad número _____ manifiesto:

- 1- Que de manera detallada se me ha suministrado información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro.
- 2- Que se me ha explicado- **que, si bien- en condiciones usuales la teleorientación o telemedicina aporta herramientas para la evaluación de la mayoría de las condiciones de enfermedad, existen** limitaciones que hacen necesario en mi caso que se realice una atención presencial con el propósito de profundizar en la atención que me ha sido brindada y definir, complementar o ajustar el plan de tratamiento.
- 3- Que se me ha explicado la naturaleza de la enfermedad producida por el COVID-19 y entiendo el significado de caso sospechoso o confirmado de infección por coronavirus COVID-19. Adicionalmente he recibido información en cuanto a su presentación clínica, síntomas, modo de contagio, medidas para evitar o mitigar el riesgo de contagio, posibilidad de sufrir la enfermedad, complicaciones o muerte.
- 4- Que se me ha explicado con claridad que, en el marco de la declaratoria de emergencia sanitaria decretada por el gobierno nacional, existe un riesgo potencial de contagio por COVID-19 cada vez que suspenda el aislamiento preventivo, durante el desplazamiento o en la permanencia en el consultorio aun cuando se tomen todas las medidas para mitigar el riesgo de transmisión.
- 5- Que se me han explicado con claridad las medidas que se han tomado desde Ministerio de Salud y Protección Social para mitigar el riesgo de transmisión durante los desplazamientos y en la permanencia dentro del consultorio y la consulta, dentro de las cuales se encuentran sin limitarse a ellas, mantener el distanciamiento social, el uso permanente de tapabocas y el lavado frecuente de las manos.
- 6- Que entiendo y reconozco la importancia de conservar las medidas de autoprotección que me han sido explicadas y que el riesgo se aumenta considerablemente en caso de no cumplirlas.
- 7- Que reconozco el derecho y el deber del profesional de la salud o de la institución de suspender, aplazar o cancelar la consulta en caso de incumplir por mi parte con las medidas de autoprotección que me han sido previa y claramente explicadas, dada la necesidad de mitigar la propagación del virus en el país.
- 8- **Se me ha explicado que Emdiagnóstica sigue rigurosos procedimientos de desinfección, pero no obstante lo anterior y dado la gran cantidad de escenarios que se escapan del control de Emdiagnóstica durante la pandemia de Covid 19 solo se realizará atención presencial cuando se considere que la teleconsulta no logra resolver la situación individual del motivo de consulta del paciente y la resolución de dicho evento sea prioritaria pero no urgente, toda vez que Emdiagnóstica no presta servicios de urgencias.**
- 9- Declaro haber tomado voluntariamente la decisión de traslado a las instalaciones de Emdiagnóstica y entiendo los riesgos, y hasta donde es de mi conocimiento, mi propio desplazamiento no conlleva un riesgo conocido para la comunidad.
- 10- **Confirmando que para la programación de esta consulta dejé claro que DURANTE LAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS contesté NO a las siguientes preguntas. (Reconfirmar).**

FACTOR DE RIESGO	SI	NO
1. ¿Usted o alguien con quien vive, en las últimas 2 semanas , ha tenido fiebre de 38°C o más asociado a dolor de cabeza, tos seca, dificultad respiratoria, dolor de garganta, reducción o pérdida del olfato o el gusto (capacidad de percibir sabores) o ha presentado diarrea de reciente aparición?		
2. ¿Usted o alguien con quien vive ha estado en contacto con alguien en quien se esté sospechando infección por COVID-19 o haya sido diagnosticado con este virus?		

3. ¿Usted o alguien con quien vive ha estado fuera del país o en contacto <u>en las últimas 2 semanas</u> , con viajeros provenientes del exterior?		
---	--	--

GRUPO DE RIESGO	SI	NO
1. ¿Es mayor de 70 años?		
2. ¿Vive en un asilo o lugar de atención para pacientes de la tercera edad?		
3. ¿Tiene alteraciones del sistema inmune?		
4. ¿Tiene alguna enfermedad pulmonar crónica (asma, EPOC, etc.)?		
5. ¿Tiene hipertensión arterial inadecuadamente controlada o enfermedades serias del corazón?		
6. ¿Tiene obesidad?		
7. ¿Tiene problemas de azúcar (diabetes)?		
8. ¿Se encuentra en embarazo?		

- 11- Certifico que el contenido de este consentimiento me ha sido explicado en su totalidad, que lo he leído o me lo han leído y que entiendo perfectamente su contenido.
- 12- Manifiesto que he leído o me han leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar libremente mi consentimiento.
- 13- Que tras haberse cumplido lo anterior, doy mi consentimiento para asistir a la consulta presencial ordenada y manifiesto expresamente mi compromiso de acatar durante los desplazamientos, la permanencia en el consultorio y durante la consulta las medidas de autoprotección para mitigar el riesgo de contagio que me han sido previamente explicadas y respecto de las cuales he podido realizar las preguntas que consideré pertinentes para aclarar las dudas.

 Firma del Paciente
 CC. _____ de _____

Notas administrativas: (Para ser diligenciado por el personal de Emdiagnóstica)
 Temperatura: _____

CRITERIO	SI	NO
La persona llega con tapabocas		
La persona higieniza sus manos		
La persona mantiene aislamiento social		
La persona acata las recomendaciones del personal de Emdiagnóstica		
La persona presente evidentes síntomas respiratorios		

Nombre personal de la institución de Salud _____

Firma de personal de institución de Salud _____

C.C _____

Cargo: _____